

介護支援専門員死亡等届出書

フリガナ						生年	西暦			
氏名	(姓) (名)					月日	19	年	月	日生
登録番号 (8けた)										
届出が必要になった事由の発生日	年 月 日									
届出が必要になった事由 ※下記該当事由に○を付けてください。	【左の場合の添付書類】									
1 死亡した場合 (介護保険法第69条の5)	<input type="checkbox"/> 除籍謄本、抄本、その他死亡が確認できる書面 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証原本 (平成18年3月31日までの登録者は介護支援専門員登録証明書 A4サイズ・携帯用の2種類)									
2 成年被後見人、又は被保佐人となった (介護保険法第69条の2第1項第1号)	<input type="checkbox"/> 後見開始の審判又保佐開始の審判に関する書面 (成年後見登記に係る登記事項証明書等) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証原本 (平成18年3月31日までの登録者は介護支援専門員登録証明書 A4サイズ・携帯用の2種類)									
3 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受ける事がなくなるまでの者に該当した (介護保険法第69条の2第1項第2号)	<input type="checkbox"/> 確定判決書の写し、又は確定判決の内容を記載した書面(判決の証明書等)									
4 介護保険法、その他介護保険法施行令第35条の2で定める法律の規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受ける事がなくなるまでの者に該当 (介護保険法第69条の2第1項第3号)	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証原本 (平成18年3月31日までの登録者は介護支援専門員登録証明書 A4サイズ・携帯用の2種類)									

介護保険法第69条の5及び介護保険法施行規則第113条の13の規定により、関係書類を添えて届け出ます。

年 月 日

住所 〒

氏名

印

届出に係る介護支援専門員との続柄

連絡先電話番号

宮 崎 県 知 事 殿

※ 届出が必要になった事項が発生した日より30日以内に届け出てください。